

Paulina Wójcik-Topór

### Niefarmakologiczne metody oddziaływania na funkcje poznawcze w otępieniach

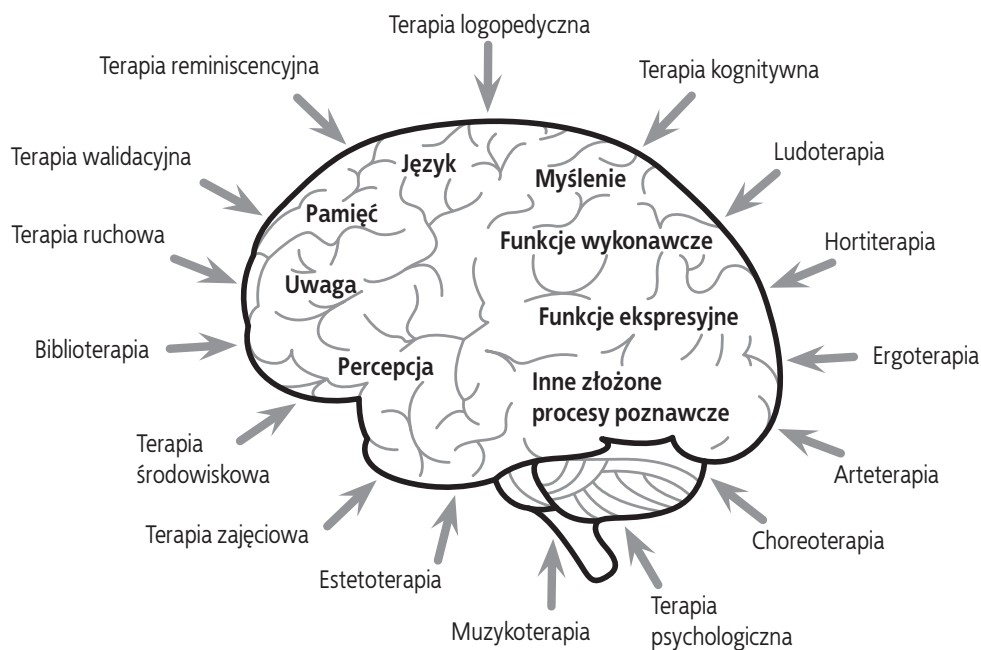
#### *Non-pharmacological treatment of cognitive functions in dementia*

##### 18.1. Wprowadzenie

Zaburzenia demencyjne są jednym z największych problemów, a tym samym zagrożeń naszych czasów (Stuart-Hamilton, 2006). Szeroko rozumiana terapia zaburzeń otępiennych jest wyzwaniem dla leczenia farmakologicznego, a także pozafarmakologicznego. Do metod pozafarmakologicznych można zaliczyć terapię ruchową oraz terapię funkcji poznawczych, która może odbywać się poprzez różne formy terapii wspomagających. Taki rodzaj oddziaływań dla wielu specjalistów staje się równie ważny jak farmakoterapia. Może ona stymulować do funkcjonowania i spowalniać proces postępowania choroby.

Funkcje poznawcze mogą być aktywizowane w różny sposób, jednak nie każdy z nich jest dobry dla wszystkich chorych. Dobór odpowiedniej metody zależy od stopnia i rodzaju zachowanych umiejętności. Typ stosowanej terapii jest uzależniony przede wszystkim od postawionej diagnozy i stopnia otępienia. Cel i możliwości rehabilitacji poznawczej będą różniły się od siebie w zależności od tego, czy mamy do czynienia z otępieniem naczyniowym, chorobą Alzheimera, otępieniem z ciałami Lewy’ego, otępieniem mieszanym i atypowym czy otępieniem czołowo-skroniowym. Ćwiczenia stymulujące powinny być zatem dobierane indywidualnie. Stopień trudności zadań w ramach wybranej terapii nie może być za łatwy, chory bowiem zacznie się nimi nudzić. Z drugiej strony zbyt trudne ćwiczenia mogą spowodować, że

pacjent zrezygnuje z wysiłku i nie będzie podejmować kolejnej próby ich wykonania. Dobór aktywności i terapii powinien przynosić satysfakcję oraz wyzwać pozytywne uczucia zarówno u osoby chorej, jak i u jej opiekuna. Odpowiednie nastawienie i dobre emocje stają się siłą, która będzie procentować w przyszłości. Aby każdy rodzaj terapii zwiększał efektywność oddziaływań na funkcje poznawcze, powinien być wykonywany systematycznie. Z czasem należy również zwiększać częstotliwość oddziaływań oraz skracać czas pojedynczych sesji (Parnowski, 2010). Obecnie istnieje wiele możliwości stymulowania funkcji poznawczych, a wybrany rodzaj terapii nie jest ukierunkowany tylko na jedną z umiejętności. Każde działanie jest procesem złożonym i wpływającym na wiele procesów poznawczych.



**Rycina 18.1.** Działanie terapii na funkcje poznawcze

Źródło: opracowanie własne.

Rehabilitacja poznawcza jest procesem terapeutycznym, który polega na odbudowywaniu, zwiększaniu i doskonaleniu zdolności jednostki do przetwarzania, a także wykorzystywania napływających informacji w taki sposób, aby poprawić jej codzienne funkcjonowanie (Sohlberg i Mateer, 1989, s. 3).

W niniejszym rozdziale zostanie przedstawiony zarys stosowanych terapii wpływających na funkcje poznawcze w leczeniu pozafarmakologicznym.

## 18.2. Terapia kognitywna

Terapia kognitywna w swoim działaniu obejmuje trening pamięci oraz ćwiczenie orientacji w rzeczywistości. **Trening pamięci**, a uogólniając – trening mózgu, powinien odbywać się cały czas. Taka stymulacja pozwala na zachowanie jak najlepszej sprawności umysłu. Uruchamianie pamięci polega na ciągłym jej odświeżaniu, pracowaniu nad nią, przypominaniu sobie i powtarzaniu informacji, które zostały zawarte w treningu.

W przypadku demencji, która powoduje zaburzenia pamięci krótkotrwałej, istotne jest prowadzenie dziennika wydarzeń każdego dnia. Pozwala to na zaplanowanie działań, a także odtworzenie wykonanych czynności. Wsparcie w postaci notowania, na przykład istotnych spraw do załatwienia, listy zakupów czy konieczności wykonania ważnych telefonów, daje także możliwość uwolnienia pamięci krótkotrwałej od nadmiaru informacji, jej pojemność jest bowiem ograniczona.

Ćwiczenia **orientacji w rzeczywistości** mają na celu poprawę rozeznania chorego w otaczającym go środowisku. Pacjent ma lepiej funkcjonować i poczuć się bezpiecznie w miejscu, w którym się znajduje. Dlatego terapia ta może być prowadzona w sposób zaplanowany, cyklicznie powtarzać bieżące tematy. Może opierać się na ciągłym powtarzaniu informacji dotyczących chorego, jego miejsca pobytu, przypominaniu imion najbliższych i poruszaniu się po znanej przestrzeni. W łagodnym stopniu otępienia terapia może polegać na wspólnym oglądaniu telewizji, programów, słuchaniu audycji, czytaniu gazet, fragmentów książek i ich omawianiu, relacjonowaniu zdobytych informacji (Grossberg i Kamat, 2011).

Późniejszy etap terapii to zaznajomienie chorego z najbliższym środowiskiem, jego cechami charakterystycznymi, wyznaczanie drogi do łazienki, pokoju, łóżka. To także podawanie nazwy obecnego miejsca pobytu (w przypadku gdy jest to inne miejsce niż jego własny dom czy mieszkanie), bieżącej daty, pory roku czy dnia, imion domowników, nazw spożywanych posiłków. Pomocne jest umieszczenie w widocznym miejscu dużego zegara oraz kalendarza, gdzie wspólnie z chorym można odczytywać godziny oraz odznaczać kolejne dni tygodnia. Dobrym sposobem jest sporządzanie listy z nazwiskami, imionami najbliższych osób, najczęściej używanych telefonów oraz listy zajęć z wyznaczoną godziną ich realizacji (Parnowski, 2010).

### 18.3. Terapia reminiscencyjna

Metoda opiera się na wywoływaniu wspomnień przy użyciu stymulujących materiałów z wcześniejszych okresów życia. Polega głównie na rozmowach na określone tematy przy użyciu tak zwanych kotwic pamięci. Należą do nich stare fotografie, filmy wideo, płyty ze znaną choremu muzyką, osobiste przedmioty, albumy. Taka terapia może polegać także na dokonaniu zmian, przemeblowaniu pokoju pacjenta, tak aby przypominało wnętrze z wcześniejszych lat. Ma to zmniejszyć poczucie zagubienia, dezorientacji i izolacji, a usprawnić komunikację z otoczeniem i poprawić samopoczucie. Jednocześnie ten rodzaj ćwiczeń pozwala na umocnienie poczucia własnej tożsamości i indywidualności. Terapia wykorzystywana jest najczęściej przy łagodnych zaburzeniach poznawczych, gdyż ma korzystny wpływ na objawy lękowe, depresyjne i symptomy związane z zaburzeniami snu (Sobów, 2010).

### 18.4. Terapia walidacyjna

Celem terapii jest uaktywnienie prawidłowych zachowań społecznych, umocnienie poczucia własnej tożsamości, zmniejszenie niepokoju, lęku, poprawa samopoczucia. Metoda skupia się głównie na uważnym wysłuchaniu chorego oraz wychwyceniu znaczących i sensownych wypowiedzi. Ważne jest poznanie

emocji pacjenta, tak aby czuł, że jego opinie zostały wysłuchane i są respektowane (Sobów, 2010).

Aktywność chorej osoby pomaga zachować jej dobre samopoczucie i angażować się w życie rodziny. Dlatego bardzo ważne jest, by pozwolić jej wykonywać codzienne czynności domowe, oczywiście jeśli są one bezpieczne. Mogą to być prace związane z hobby, jakim się chory kiedyś zajmował, na przykład: wyszywanie, szydełkowanie, sklejanie modeli, proste prace ogrodowe, lub takie, które są mniej skomplikowane, jak obieranie warzyw, mieszanie sałatki, układanie kanapek, smarowanie chleba czy zwijanie wełny. Jeśli jest to konieczne, należy udzielać niezbędnych wskazówek. Natomiast wyręczanie osoby w codziennych pracach, takich jak ścielenie łóżka, dopasowywanie par skarpetek, ścieranie kurzu, zmywanie naczyń, powoduje, że chory wyłącza się całkowicie z życia domowego i z czasem nie chce już podejmować wysiłku. Zadania stawiane takiej osobie muszą być dostosowane do jej stanu i możliwości poznawczych. Zbyt trudne czynności mogą powodować frustrację i przygnębienie. Jednak możliwość wykonania zadania i uzyskanie pozytywnego efektu umacnia poczucie pewności siebie i poprawia samopoczucie, dając motywację do dalszego działania.

## 18.5. Terapia środowiskowa

Zadaniem terapii jest stworzenie przyjaznego i bezpiecznego otoczenia, co pozwoli choremu zmniejszyć lęk przed nieznanym. Dlatego nie są wskazane zmiany miejsca pobytu, przemeblowanie czy wprowadzanie nowości. Pacjentowi trudno byłoby się nauczyć, gdzie co jest i jak odnaleźć pożądaną rzecz. Pomocne jest więc zastosowanie „przypominaczy”. Mogą to być etykiety znajdujące się na szafkach, opisujące, co w nich się znajduje. Na późniejszym etapie mogą to być symboliczne obrazki. Kartki naklejone na drzwiach, półkach, szafkach pozwolą także utrzymać porządek. Przyjazne środowisko i dobre warunki są również istotne przy jakiegokolwiek aktywności umysłowej (Mace i Rabins, 2005). Należy zwracać uwagę na to, aby terapia odbywała się w spokoju, bez zbędnego hałasu, osób i przedmiotów wokół. Ważne jest także, aby kierowane do chorego instrukcje, polecenia były wyrażane odpowiednim tonem głosu, wyraźnie, powoli,

zrozumiale. Powinny być w miarę możliwości wspierane gestami. Istotne jest trzymanie się zasady, aby przekazywać jeden komunikat naraz.

## 18.6. Terapia zajęciowa

Terapia zajęciowa ma na celu utrwalenie umiejętności jeszcze posiadanych przez chorego. Pozwala odtwarzać te, które niedawno zostały utracone, a tym samym motywuje do działania. Systematyczny trening skupiony na tych umiejętnościach daje możliwość wydłużenia okresu, w którym pacjent może funkcjonować samodzielnie. Oprócz prac manualnych czy prostych zadań wspomagających myślenie logiczne będzie to przede wszystkim wykonywanie codziennych czynności. Zajęcia wytwórcze, dzięki użyciu prostych materiałów i narzędzi, mają na celu zwiększenie zakresu ruchu mięśni. Poprawiają samopoczucie i wzmacniają psychikę osoby z chorobą otępienną. Wartość takich działań może być kształcąca, a przede wszystkim lecznicza. Głównym celem zajęć jest przezwyciężanie beczynności. Terapia polega na zaktywizowaniu osoby w walce z chorobą. Zaspokaja społeczne i psychiczne potrzeby chorego, przeciwdziała pojawieniu się objawów psychopatologicznych i zaburzeń zachowania, a także podtrzymuje zachowane umiejętności (Kotapka-Minc, 2003).

## 18.7. Biblioterapia

Biblioterapia staje się swego rodzaju szukaniem form werbalnych odpowiednich dla danej sytuacji społecznej, emocji czy nastroju. Może mieć charakter czynny lub bierny. Poprzez swoją dostępność w każdych warunkach jest jedną z form rehabilitacji geriatrycznej, która ma głównie charakter profilaktyczny. W przypadku starszych osób czy pacjentów z demencją może być biblioterapią reminiscencyjną i opierać się na czytaniu wspomnień lub pamiętników spisanych przez pacjenta. Działanie takie może dotyczyć konkretnego tematu bądź problemu. Ma zmierzać do poprawy samopoczucia, dostarczać wiedzy i informacji lub je odtwarzać. Ma także dawać poczucie bezpieczeństwa i wsparcie. Terapeuta może wykorzystywać nagrania audio i wideo. Jednym z elementów terapii

jest też poezjoterapia, w której można uczestniczyć w sposób czynny (poprzez pisanie, tworzenie utworów na etapie wczesnego zachorowania) lub bierny (np. przez słuchanie wierszy) (Wojciechowska, 2007). Celem metody jest odprężenie, skupienie uwagi, koncentracja na poruszonym temacie. Biblioterapia może być wstępem do prowadzonej terapii aktualizacji słownictwa i usprawniania kompetencji językowej.

## 18.8. Muzykoterapia

Ta forma terapii czerpie z wielu różnych dziedzin, takich jak muzyka, psychologia, psychoterapia, psychiatria i pedagogika. Posługując się muzyką, działa na emocje: wzruszając, odprężając, pobudzając, rozśmieszając, ale także denerwując, zasmucając czy nudząc. Może polegać na wspólnym słuchaniu znanych i ulubionych utworów lub śpiewaniu. Dlatego istotny jest dobór materiału terapeutycznego w taki sposób, aby w przypadku osób z demencją łagodzić negatywne zachowania, wyciszać i dawać poczucie spokoju i bezpieczeństwa. Celem stosowanej terapii jest także przezwyciężanie niekorzystnych zachowań. Osoby z otępieniem w szczególny sposób reagują na muzykę, co objawia się kołysaniem, wystukiwaniem rytmu, tańceniem czy śpiewaniem. Muzyka pozwala zaspokoić potrzebę uczestnictwa we wspólnych i zrozumiałych dla chorego czynnościach, dzięki czemu zostaje zaangażowana pamięć afektywna, która nie wymaga użycia niezrozumiałych słów czy pojęć abstrakcyjnych. Działania muzyczne stymulujące pamięć to: wspólne śpiewanie, słuchanie muzyki i muzyka reminiscencyjna (Ruda i Trypka, 2014). Skuteczność tej terapii można zaobserwować u każdego bez względu na stopień otępienia (Kotapka-Minc, 2003).

## 18.9. Choreoterapia

Ten rodzaj terapii jest także nazywany psychoterapią tańcem. Wykorzystuje się ruch jako sposób na poprawę stanu fizycznego i psychicznego jednostki. Celem są: uświadomienie sobie, ekspresja, identyfikacja i poszukiwanie siebie samego. W choreoterapii stosuje się wzory odprężania mięśni, wzory ruchowe,

rytmikę i dynamikę ciała. Wykorzystuje się tu także ruch spontaniczny i improwizację tematyczną. Sam taniec jest rodzajem relaksacji i stymulacji, co jednocześnie pozwala na ekspresję emocji. Taki rodzaj terapii jest przeznaczony szczególnie dla osób, które cierpią na zaburzenia komunikacji, co często jest problemem pacjentów z otępieniem. Choreoterapia pozwala poprawić koordynację ruchową, reguluje oddech, odbudowuje obraz i świadomość własnego ciała, jest nauką poprzez naśladowanie. Jednocześnie może poprawiać uwagę i koncentrację, a sama może zawierać elementy terapii reminiscencyjnej, odnosząc się do znanych i lubianych utworów (Jakubek, 2007). Użycie rytmu, serii kroków, ruchów wpływa też na umiejętność użycia sekwencji, co także może przekładać się na język.

## 18.10. Arteterapia

Sztuka jako poczucie piękna ma za zadanie łagodzić zachowanie, utrzymywać sprawność manualną i wrażliwość estetyczną. Dobór wykonywanych technik w ramach arteterapii zależy od stanu zachowanych funkcji poznawczych oraz sprawności manualnej pacjenta. Może to być malowanie, kolorowanie, wycinanie, wydzieranie, naklejanie, sklepanie, lepienie czy układanie. Można przeprowadzić też zajęcia tematyczne, podczas których pacjenci będą wykonywać prace związane z porą roku czy też zbliżającymi się świętami. W trakcie tych czynności ćwiczą oni orientację czasową, znajomość barw, rozpoznawanie faktury materiałów. Arteterapia daje możliwość eksperymentowania i aktywizuje, wyzwala energię. Wykonane prace, nawet jeśli mają określoną tematykę, pokazują bardzo osobiste aspekty, których pacjent może być świadomy lub nie (Kolański, 2007). W pracy z osobami z otępieniem szczególnie sprawdza się technika kolażu. Jest to tworzenie obrazów tematycznych przy wykorzystaniu wycinanych lub wycinanych zdjęć z czasopism (Kotapka-Minc, 2003).

Zajęcia mogą mieć także charakter teoretyczny. Sama rozmowa o nurtach w sztuce i interpretacja przedstawionych obrazów usprawnia zdolności komunikacyjne. Zmusza uczestnika terapii do określenia swojego stanowiska, a czasem odwołania się do własnego doświadczenia życiowego. Arteterapia może być



elementem kulturoterapii, która poprzez obcowanie z kulturą prowadzi do aktywizacji i mobilizacji emocji. Należy pamiętać o zachowaniu środków ostrożności. Nie można zostawiać chorej osoby samej z materiałami i nie należy jednocześnie ich używać przy spożywaniu posiłków, ponieważ pacjent może pomylić przedmiot z pożywieniem.

### 18.11. Ludoterapia

Metoda, która szczególnie wpływa na funkcje poznawcze, to terapia poprzez gry i zabawy. Dla osób z otępieniem powinny to być gry językowe wymagające myślenia przyczynowo-skutkowego, planowania strategii, orientacji przestrzennej, analizy i syntezy wzrokowej. Mogą one aktualizować słownictwo i wpływać na fluencję słowną w zakresie tematycznym i kategoryalnym.

### 18.12. Hortiterapia

Jest to rodzaj terapii, który wykorzystuje naturę, ogrody, ścieżki florystyczne. Podczas zajęć pacjenci z chorobami neurodegeneracyjnymi w sprzyjających warunkach mogą wykonywać proste prace ogrodowe: sadzić zieleniki, robić rozsady. Kontakt z naturą może wspomagać ćwiczenia językowe w zakresie aktualizacji słownictwa dotyczącego kwiatów, drzew, ziół, warzyw czy owoców i usprawniać myślenie przyczynowo-skutkowe oraz funkcje wykonawcze. W okresie zimowym lub w niesprzyjających warunkach pogodowych terapia opiera się na oglądaniu filmów przyrodniczych, programów poświęconych naturze, uprawianiu roślin i sadownictwu oraz historii znanych parków. Kontakt z naturą pozwala także na wyciszenie oraz poprawę uwagi i koncentracji przy wykonywaniu powierzonych zadań.

Sama hortiterapia staje się w procesie leczenia ważnym elementem, bo przynosi efekty w kilku sferach życia: społecznej, emocjonalnej i intelektualnej. Dzięki tej metodzie w sferze społecznej osoby z chorobami neurodegeneracyjnymi zachowują się w sposób akceptowany przez społeczeństwo. Wykonywanie określonego zadania pozwala zaistnieć we wskazanej roli społecznej, a nie

jako „pacjent”, „chory z otępieniem”. Sfera emocjonalna jest budowana poprzez zwiększenie wiary we własne możliwości i siły. Poprawa nastroju dzięki wykonaniu powierzonej pracy, budowanie samokontroli stwarza optymistyczną perspektywę jutra. Rozwój intelektualny będzie polegał na przypominaniu i zdobywaniu nowych umiejętności. Hortiterapia w połączeniu z ergoterapią pobudza zainteresowania, pozwalając na obserwowanie i planowanie (Olewicz-Cieślak i Cholewa, 2012).

### 18.13. Terapia ruchowa

Metoda dotyczy różnego rodzaju aktywności fizycznych i może być stosowana nawet przy otępieniu głębokim w środowisku naturalnym (np. w parku, ogrodzie) lub w pomieszczeniu. Spacer, aerobik, ćwiczenia z piłką, kijkami, jazda na rowerze to aktywności, które wykonywane wspólnie z opiekunem czy terapeutą mogą być elementem terapii. Dobór ćwiczeń należy dostosować do kondycji fizycznej i psychicznej chorego. Ruch fizyczny odbywający się codziennie o stałych porach pozwala zachować stały rytm, zmniejsza niepokój, wycisza. Zastosowane zadania mogą dodatkowo stymulować inne funkcje poznawcze: uwagę, koncentrację, liczenie, powtarzanie sekwencji ruchów, poczucie rytmu. Wymagają koordynacji wzrokowo-ruchowej. Ćwiczenia fizyczne poprawiają także stan somatyczny i utrzymują umiejętności praktyczne u osób z otępieniem na stałym poziomie (Kotapka-Minc, 2003).

### 18.14. Estetoterapia, silwoterapia

Metoda może być częścią terapii ruchowej. Jej celem jest kontakt z przyrodą, pięknym otoczeniem. Jednym z jej elementów mogą być spacer, które mają dać uczucie przyjemności, relaksować, odprężyć, aktywizować i niwelować bierność. Jako środek stymulujący dają poczucie swobody i pozwalają osiągnąć lepsze samopoczucie. Wpływają także na funkcje poznawcze poprzez możliwość obserwowania natury i porównywania otaczających gatunków roślin i zwierząt.

Kontakt z naturą daje też możliwość nawiązywania relacji i wyrażania swoich odczuć.

### 18.15. Terapia psychologiczna

Terapia zaburzeń funkcji poznawczych skupia się na przywracaniu zaburzonych wyższych funkcji mózgowych do wskazanej normy. Celem terapii jest poprawa działania w rzeczywistych warunkach za pomocą technik substytucji i kompensacji (Prigatano, 2009).

Ze względu na występujące u osób z otępieniem zaburzenia tempa przetwarzania informacji terapia psychologiczna będzie uruchamiać procesy psychomotoryczne w zakresie małej motoryki: poprzez ćwiczenia praktyki rąk, zadania polegające na odtwarzaniu figur, ćwiczenia konstrukcyjne, dorysowywania brakujących elementów. Zaburzenia pamięci i uczenia się wymagają terapii, której celem jest swobodne odtwarzanie niedawno wyuczonego materiału, zarówno z podpowiedzią, jak i bez niej. W tego typu trudnościach terapia psychologiczna wykorzystuje też materiał obrazkowy do analizy wzrokowo-przestrzennej i próby aktualizacji słownictwa. Istotnym elementem zajęć jest stymulacja orientacji czasowej i przestrzennej, określanie bieżącego roku, miesiąca, dnia, pory roku, miejsca obecnego pobytu, przypominanie adresu zamieszkania. U osób z otępieniem obserwujemy zaburzenia gotowości, a także koncentracji i uwagi, co wymaga ćwiczeń polegających na wyszukiwaniu wskazanych elementów ze zbioru. Terapeuta podejmuje próby przenoszenia uwagi, na przykład podczas rozmowy czy rozwiązywania zadań poznawczych, jednocześnie stymulując percepcję wzrokową i słuchową.

Należy zwrócić uwagę na fakt, że oddzielenie funkcji poznawczych od afektywnych jest sztuczne. Zatem psycholog w prowadzonej terapii zaburzeń funkcji poznawczych powinien dostrzegać również kontekst związanych z nimi zaburzeń behawioralnych (Prigatano, 2009). Dlatego rodzaj terapii psychologicznej jest uzależniony od diagnozy różnicującej otępienie, a rehabilitacja psychologiczna może być połączona z psychoterapią, która polega na konwersacji, słuchaniu osób mających problem i rozmawianiu z nimi, a której celem jest pomoc

w zrozumieniu i rozwiązaniu trudnej sytuacji. Psychoterapia może przybierać różne formy: od terapii behawioralno-poznawczej, skoncentrowanej na rozwiązywaniu problemu, po terapię z kręgu psychodynamicznego (Stern, 2005). U osób w podeszłym wieku najczęściej stosuje się metodę behawioralno-poznawczą, która skupia się na zidentyfikowaniu dysfunkcyjnych cykli (myśl–emocje–zachowanie) oraz redukcji negatywnych myśli i zachowań, aż do wprowadzenia nowych, akceptowalnych społecznie zachowań (Sobów, 2010).

### 18.16. Terapia logopedyczna

Terapia logopedyczna w przypadku otępień musi mieć wymiar holistyczny<sup>98</sup>. Oznacza to, że może być elementem każdej z pozostałych terapii, a także powinna nie tylko opierać się na zaburzeniach mowy w demencji, ale również stymulować pozostałe funkcje poznawcze. Terapia logopedyczna pomaga odnaleźć się w nowej rzeczywistości, także tej językowej. Odbywa się ona na poziomie relacji bezpośredniej logopeda–chory oraz pośredniej, czyli między logopedą a opiekunami czy osobami z najbliższego otoczenia. Terapia może mieć charakter indywidualny lub grupowy, co jest uzależnione od kondycji chorego i jego umiejętności funkcjonowania w grupie. Opiera się na stymulacji wszystkich sprawności językowych, zaczynając od tych, które najszybciej ulegają degradacji. Terapia będzie dotyczyć funkcji oznaczania: nazywania, rozumienia i powtarzania. Kolejnym priorytetem w pracy z osobą z demencją jest utrzymanie aktywności językowej, a także kontaktów społecznych oraz zapobieganie wyobcowaniu. W tym wypadku ćwiczenia będą koncentrować się na języku w funkcji komunikacyjnej<sup>99</sup>.

<sup>98</sup> Badania wykazują, że holistyczny program neuropsychologiczny zawierający terapie funkcji poznawczych i oddziaływania psychoterapeutyczne usprawnia funkcjonowanie psychospołeczne pacjentów po urazie mózgu (Prigatano, 2009).

<sup>99</sup> Można przyjąć, że to będzie próba komunikacji werbalnej, a także pozawerbalnej. Zadania mogą się opierać na strategiach konwersacyjnych według kryterium funkcjonalnego, tzn. informacyjno-weryfikacyjnych, aksjologiczno-emotywnych, behawioralnych, metadyskursywnych (Awdiejew, 2005).

Przyjęcie strategii postępowania logopedycznego jest uzależnione od stadium otępienia i predyspozycji chorej osoby. W początkowej fazie choroby należy skupić się na deficytach w zakresie językowej sprawności systemowej i zapobieganiu negatywnym reakcjom w momencie doświadczania przez chorego trudności w mówieniu. Ze względu na podstawowe zaburzenie, jakie spotykamy, czyli anomię, ćwiczenia będą opierać się na aktualizacji słownictwa, fluencji słownej, przede wszystkim w podstawowych kategoriach (jedzenie, picie, rodzina, części ciała, ubrania, meble, przybory toaletowe, naczynia, narzędzia, warzywa, owoce, rośliny, zwierzęta, profesje, zjawiska atmosferyczne, czynności dnia codziennego). Wdrażanie ćwiczeń z wykorzystaniem leksyki może odbywać się na dodatkowym treningu kategoryzacji, analizy i syntezy wzrokowej, słuchowej, myślenia przyczynowo-skutkowego, pamięci symultanicznej i sekwencyjnej.

Do ćwiczeń kategoryzacji zaliczamy:

- rozdzielanie obrazków lub etykiet według podanych kategorii,
- wykluczanie elementów, które nie pasują do pozostałych,
- uzupełnianie kategorii o inne elementy,
- poszukiwanie wspólnej nazwy dla podanego zbioru,
- poszukiwanie określeń, cech wyróżniających dla poszczególnych elementów w kategoriach.

Trening analizy i syntezy wzrokowej na materiale tematycznym i aтемatycznym to na przykład:

- szukanie takiego samego elementu w kategoriach,
- wskazywanie różnic,
- dorysowywanie brakującego elementu przedmiotu,
- dobieranie par tematycznych i aтемatycznych,
- dopasowywanie podpisów do obrazków,
- wykreślanie i krzyżówki tematyczne,
- łączenie sylab w celu utworzenia wyrazów z danego pola semantycznego,
- tworzenie wyrazów z rozsypanych liter,
- pisanie, przepisywanie,
- odczytywanie sekwencji sylab, wyrazów, zdań,

- naśladowanie sekwencji czynności, zdarzeń,
- układanie historii obrazkowych według chronologii.

Przykładowe ćwiczenia analizy i syntezy słuchowej dla osób z demencją to:

- identyfikowanie i różnicowanie dźwięków niejęzykowych,
- dopasowywanie obrazka do usłyszanego dźwięku lub wypowiedzi,
- różnicowanie prozodii,
- różnicowanie słów,
- rozpoznawanie rymów,
- wyszukiwanie pasujących rymów.

Zadania, które stymulują myślenie przyczynowo-skutkowe, polegają na układaniu historyjek obrazkowych, dopowiadaniu dalszej historii przeczytanego tekstu, kończeniu zdań wynikowych oraz wypowiedzi przypuszczających.

Ćwiczenie pamięci symultaniczno-sekwencyjnej skupia się na zapamiętywaniu sekwencji elementów i ich odtwarzaniu, odszukiwaniu wcześniej zakrytego elementu. Zadania mogą być wykonywane za pomocą obrazków, liter, wyrazów czy rzeczywistych przedmiotów. Liczba elementów w sekwencji zależy od możliwości percepcji i buforu pamięciowego osoby wykonującej zadanie.

W zaawansowanej fazie otępienia priorytetowe staje się usprawnianie komunikacji w naturalnych sytuacjach życia codziennego, stymulacja języka w ścisłym powiązaniu z działaniem. Ćwiczenia wspomagają podstawowe czynności w ciągu dnia, na przykład ubieranie, higienę osobistą, spożywanie posiłków, robienie zakupów, gimnastykę ruchową. Ponieważ terapia skupia się na usprawnianiu języka w komunikacji, na tym etapie musi opierać się na pewnych zasadach. Udzielane instrukcje muszą być odpowiednie do możliwości chorego. Początkowo mogą dotyczyć złożonych czynności, podczas których istotne będzie dokonanie wyboru, a stymulowane będą funkcje wykonawcze. Przykładowo osoba musi dokonać wyboru ubrania adekwatnego do pogody czy składników do wskazanego posiłku. W przypadku trudności należy wydawać krótkie, pojedyncze polecenia, które będą wskazywać na konieczność działania, na przykład „załóż kurtkę”, „zapnij guziki”, „załóż czapkę”, „uczesz włosy”, „załóż okulary”, „obierz ziemniaki”, „podaj sól” (Parnowski, 2010). Podczas zadań językowych

można prosić osobę o uporządkowanie w sposób chronologiczny etapów wykonywania czynności, na przykład golenia, przygotowywania herbaty, kanapek, ubierania się. Ćwiczenia usprawniają myślenie przyczynowo-skutkowe i pamięć sekwencyjną. Realizacja programowanej terapii w przypadku sprawności komunikacyjnej odbywa się przy wykorzystaniu różnych elementów, takich jak: pytanie, potwierdzenie, zaprzeczenie, przypuszczenie, wątpliwość, wykluczenie, prośba, żądanie, proponowanie, obietnica, zgoda, weryfikacja czy komentarz. Każda przyjęta strategia może być realizowana w sposób prosty i złożony.

Terapia logopedyczna opiera się także na wspieraniu orientacji auto- i allopsychicznej. To ćwiczenia polegające na opowiadaniu o rodzinie, przypominaniu faktów z życia, mówieniu o wieku pacjenta, obecnej porze roku, dniu tygodnia, miesiąca, roku, zbliżających się świętach. Przygotowując materiał ćwiczeniowy dotyczący orientacji czasowej, można wykorzystać strategię aksjologiczno-emojwną, podczas której w komunikatach będzie realizowany subiektywny, uczuciowy stosunek do obiektów czy faktów przedstawianych. Z kolei stymulacja przestrzenna będzie polegała na określaniu aktualnego miejsca pobytu i opisywaniu znajdujących się przedmiotów i ich położenia. W procesie aktualizacji terapeuta wykorzystuje automatyzmy, na przykład nazwy miesięcy, dni tygodnia, liczenie, znane modlitwy, pieśni, kołedy, wiersze, przysłowia i związki frazeologiczne, zwroty zautomatyzowane.

Programując działania językowe, należy kierować się zasadą, że wychodzimy od łatwych ćwiczeń, utrwalających znany materiał, do prób odzyskiwania zapomnianych i wyuczania nowych słów.

### 18.17. Podsumowanie

Przedstawione terapie wskazują na dość duże możliwości pozafarmakologicznego oddziaływania na funkcje poznawcze. Opisane metody mają poprawić jakość i funkcjonowanie osób z otępieniem. Podsumowaniem jest tabela 18.1, która pokazuje grupy zajęć i rodzaje prowadzonych terapii.

**Tabela 18.1.** Zestawienie grupy zajęć i wykorzystywanych terapii z przykładem ćwiczeń dla osób z demencją

Grupa zajęć	Rodzaj terapii	Przykład prac zajęciowych
terapia kognitywna	trening pamięci, orientacja w rzeczywistości	ćwiczenia pamięci sekwencyjnej i symultanicznej, odnajdywanie rzeczy znajdujących się na symbolicznych zdjęciach
terapia reminiscencyjna	trening pamięci	pisanie pamiętnika, wspomnienia na podstawie oglądanych fotografii, albumów, filmów czy określonych dat
terapia walidacyjna	ergoterapia, terapia ruchowa	wykonywanie czynności domowych: składanie ubrań, zapinanie guzików, kompletowanie bielizny, segregowanie sztućców
terapia zajęciowa	arteterapia, rękodzieło artystyczne	tworzenie kartek i dekoracji świątecznych, okolicznościowych, tematycznych, np. związanych z porami roku
zajęcia aktywizujące, wyciszające i rozwijające	muzykoterapia, choreoterapia, biblioterapia, poezjoterapia, hortiterapia, silwoterapia, ludoterapia	słuchanie i tworzenie muzyki, wierszy, utworów literackich, udział w grach językowych
zajęcia kulturalno-społeczne	choreoterapia, kulturoterapia, silwoterapia, hortiterapia, arteterapia	słuchanie muzyki klasycznej, udział w wieczorze poetyckim, filmowym, wyjście do muzeum, teatru, kina
terapia środowiskowa	ergoterapia	planowanie tygodniowych zakupów, przygotowanie listy zajęć, planu posiłków, ćwiczenie umiejętności planowania budżetu, prace porządkowe i higieniczne
zajęcia ogólnousprawniające	terapia ruchowa, hortiterapia, ergoterapia, silwoterapia	poranna gimnastyka, spacer, proste prace ogrodowe: podlewanie roślin, robienie rozsąd, sprzątanie liści; drobne czynności domowe: zmiatanie, mycie naczyń
terapia psychologiczna	terapia pamięci, uwagi, koncentracji, praktyki rąk, funkcji wykonawczych, psychoterapia, terapia orientacji czasowo-przestrzennej, psychoterapia	ćwiczenia orientacji czasowo-przestrzennej (rok, miesiąc, dzień, pora roku, wiek), ćwiczenie w odwzorowywaniu figur, rozpoznawaniu barw, odnajdywaniu wskazanego elementu, ćwiczenia pamięci symultanicznej i sekwencyjnej, odczytywanie godziny z zegara



Grupa zajęć	Rodzaj terapii	Przykład prac zajęciowych
terapia logopedyczna	aktualizacja słownictwa, fluencja słowna, kategoryzacja, myślenie przyczynowo-skutkowe, analiza i synteza wzrokowa na materiale językowym, czytanie, pisanie, ćwiczenia sprawności komunikacyjnej	tworzenie pól semantycznych, kategoryzowanie materiału obrazkowego (np. warzywa i owoce, jedzenie i picie), porządkowanie chronologiczne opisu czynności, rozsypanki sylabowe, wykreślanek tematyczne, operowanie antonimami, synonimami

Źródło: opracowanie własne.

Każdy rodzaj wybranej terapii powinien być uzależniony od diagnozy różnicowej demencji, a także uwzględniać predyspozycje pacjenta i stadium zaawansowania choroby. Każdy terapeuta powinien pamiętać, że osoba z zaburzeniami pamięci czy innych procesów poznawczych nigdy nie jest pozbawiona całkowitej zdolności rozumienia. Nawet jeśli ma trudności z pojęciem naszego przekazu, to może rozumieć kontekst sytuacyjny, a wiele informacji czerpie z dodatkowych źródeł, takich jak ton głosu, emocje terapeuty czy opiekuna, które są ujawniane podczas rozmowy. Dlatego współpraca z osobą z demencją wymaga dużej dozy cierpliwości, panowania nad emocjami, gdyż to także ma wpływ na podejmowane kroki w terapii (Mace i Rabins, 2005). Opisane metody pozafarmakologiczne współwystępują w całym procesie „leczenia” otępień i nie mogą zastąpić działania farmakologicznego, które z perspektywy medycznej jest najbardziej istotne.

Otępienie jest chorobą, która postępując, nasila symptomy zaburzenia pamięci, zdolności intelektualnych i językowych. W konsekwencji towarzyszą temu radykalne zmiany osobowości, a czasami – funkcji motorycznych (Stuart-Hamilton, 2006). To choroba, która obciąża także bliskich, opiekunów. To, w jaki sposób będziemy wspierać osoby z zaburzeniami funkcji poznawczych, zależy od przyjętego stanowiska i podejścia do terapii. Jednak należy pamiętać, że edukacja, aktywizacja intelektualna w każdym rodzaju działań z pewnością ułatwi życie nie tylko osobom z demencją, ale także jej najbliższym, przedłużając czas postępowania zaburzeń. Ludwig Wittgenstein (2002) stwierdził w swoich rozważaniach: „granice mojego języka są granicami mojego świata”. Programując terapie zaburzeń funkcji poznawczych u osób z otępieniem, należy sprawić, aby

te granice pozwalały chorym mimo wszystko jak najdłużej brać udział w życiu społeczno-kulturowym.

## Streszczenie

W rozdziale przedstawiono różne pozafarmakologiczne metody stymulacji funkcji poznawczych u osób z otępieniem. Patologia mózgowia w przypadku chorób neurodegeneracyjnych prowadzi w dużej mierze do pogorszenia uwagi, koncentracji, pamięci i funkcji wykonawczych, a w konsekwencji do zaburzeń komunikacyjnych. W próbie wydłużenia okresu postępowania choroby istotne staje się stosowanie terapii wspomagających, m.in. kognitywnej, reminiscencyjnej, walidacyjnej, zajęciowej, środowiskowej, ruchowej. Obecnie niektóre stanowiska naukowe stawiają taki rodzaj terapii na równi z leczeniem farmakologicznym w przypadku otępień.

## Słowa kluczowe

funkcje poznawcze, terapia kognitywna, trening pamięci, orientacja w rzeczywistości, terapia reminiscencyjna, terapia walidacyjna, terapia zajęciowa, arteterapia, muzykoterapia, choreoterapia, biblioterapia, hortiterapia, terapia środowiskowa, terapia ruchowa, ludoterapia, kulturoterapia, ergoterapia, esteterapia

## Summary

The chapter presents various non-pharmacological methods of stimulating the cognitive functions in people with dementia. Brain pathology in neurodegenerative diseases leads mainly to the deterioration of attention, concentration, memory, and executive functions. As a consequence, it results in communication disorders. In an attempt to extend the period of disease management, it is important to use supportive treatment, that is cognitive, reminiscence, validation, occupational, environmental, motor, psychological, and speech therapies. Currently, some scientists regard such treatment of dementia as equivalent to pharmacotherapy.

## Keywords

cognitive functions, cognitive therapy, memory training, orientation in reality, reminiscence therapy, validation therapy, occupational therapy, art therapy, music therapy, choreotherapy, bibliotherapy, horticultural therapy, habitation therapy, rehabilitation, play therapy, cultural therapy, ergotherapy, aesthetic therapy